

# La expiación como defensa

## INTRODUCCION

RUTH  
RIESEMBERG-  
MALCOLM

33 Greenhill  
London NW3 5UA  
Inglaterra

En este trabajo quiero referirme a un tipo específico de defensa que en el curso del análisis se organiza en forma de una conducta rígida y cerrada que provoca una *impasse* capaz de impedir la continuación del análisis y también su terminación.

Me refiero a los pacientes que utilizan la conducta expiatoria como forma de autocastigo y padecimiento. Recurren a ella con el fin de evitar lo que para ellos constituye un padecimiento y un peligro aún mayores, a saber, la percepción del daño infligido a los objetos internos.

Los pacientes a que me refiero sienten que su mundo interno está poblado por objetos dañados y destruidos. Temen ser responsables de esa destrucción y se sienten impotentes y sin esperanzas de poder hacer nada al respecto. En el curso del análisis a menudo han llegado al punto en que la ansiedad persecutoria y las defensas esquizoides han disminuido en parte, parecen mejor integrados y han experimentado alivio. Se encuentran a punto de comprender cómo perciben el estado de sus objetos internos amados, pero experimen-

tan entonces un dolor de tal intensidad que no tarda en volverse persecutorio. Temen que ese dolor les resulte intolerable y eso los lleva a apartarse con odio de la labor analítica.

Este objetivo se logra adoptando una conducta masoquista que, a su vez, les sirve para no tomar conciencia de sus sentimientos de culpa y de lo que los provoca. Además, sentir dolor parece aliviar la culpa. Sienten que están haciendo una expiación, que se los castiga incesantemente por un daño que creen haber cometido.

Creo que resulta interesante señalar que en el *Oxford English Dictionary*, entre los siete significados atribuidos a la palabra "expiación", sólo uno se refiere a la reparación o restauración, mientras que cinco se relacionan de manera explícita con una "acción destinada a eliminar la culpa mediante la propiciación o el cumplimiento de algún castigo" o sufriendo al máximo "para poner fin (a las propias aflicciones, a una vida de padecimientos) mediante la muerte".

En casi todos los análisis observamos reacciones expiatorias pasajeras o temporarias. En este trabajo me refiero a situaciones en las que el paciente transforma todo el análisis en un constante fracaso del analista que tiene el propósito de castigarlo. Dichos enfermos sin cesar crean situaciones en las que padecen severamente y perciben su padecimiento como algo impuesto desde afuera. Pero también creen que esas situaciones los liberarán de lo que para ellos constituye el dolor más tremendo, esto es, enfrentar la impotencia, la desesperanza y la culpa que los abrumarían si trataran de ponerse en contacto con su estado interno con el propósito de hacer una reparación.

En "Duelo y Melancolía", Freud describe un estado similar y señala sus relaciones con la introyección y la identificación (objetos internos). En "El yo y el ello" amplía el tema y se refiere a la polaridad de los instintos de vida y de muerte, al tiempo que esclarece el tema de la reacción terapéutica negativa.

Joan Riviere (1936), en su clásico trabajo sobre la reacción terapéutica negativa, se refiere con gran claridad a los problemas que me ocupan en este trabajo. Utiliza lo que en ese momento eran los descubrimientos recientes de Melanie Klein con respecto a la "posición depresiva" y destaca el papel de las defensas maníacas, en particular la omnipotencia y la negación omnipo-

tente de la realidad psíquica. Destaca la necesidad de reconocer los sentimientos positivos del paciente y afirma que lo que éste más teme es que sus progresos lo empujen al suicidio o a la desintegración.

En su trabajo "Envidia y gratitud" (1954), M. Klein amplía los puntos de vista de Riviere sobre este tema. El odio despertado por la admiración y el aprecio de los aspectos buenos del analista (y de los objetos internos que él representa) aumenta la tendencia a la reacción terapéutica negativa y, a su vez, los sentimientos inconscientes de culpa. En el mismo trabajo, Klein habla también sobre el problema creado por la tendencia a "sofocar los sentimientos de amor y la correspondiente intensificación del odio, porque resulta menos doloroso que tolerar la culpa derivada de la combinación de amor, culpa y odio".

Me he referido de manera específica a ciertos aspectos tratados en la bibliografía sobre la reacción terapéutica negativa pues, en mi opinión, se encuentran estrechamente vinculados con el tipo de problema analítico que intento describir. Con todo, creo que existen ciertas diferencias entre los pacientes que tienen una reacción terapéutica negativa y aquellos en los que predomina la expiación. Considero que la principal diferencia radica en la forma en que estos últimos organizan sus defensas y las transforman en un sistema.

Dichos pacientes reaccionan al análisis con una actitud que podría considerarse como un lema: "la ausencia de cambio implica protección contra el dolor y el desastre". Organizan toda su conducta en el análisis, de modo de crear una situación estática que está constituida por su propio padecimiento y desdicha, sumada a la inmovilización de los analistas. Sienten que esta situación estática encapsula o pone límites a su temor: lo contiene de tal modo que no tienen necesidad de enfrentarlo. En su concepto de la perspectiva reversible (1963), Bion se refiere a un fenómeno que resulta similar —aunque no en todos sus aspectos— a lo que me propongo describir aquí. En la "perspectiva reversible", los pacientes también intentan crear una situación estática, pero lo hacen en forma secreta. En la expiación, el paciente no necesita ni intenta provocar esa inmovilización en secreto. Se aferra a una situación de no análisis en un marco de lo que se llama "un análisis" y siente que

esta situación debe ser permanente.

Como se señaló ya, esta situación de no análisis se produce en una atmósfera de constante padecimiento para el paciente. Los intentos del analista por ayudarlo se ven frustrados por aquél, ya que cualquier ayuda pondrá de manifiesto la situación temida.

La conciencia que tiene el paciente de ser capaz de producir estas *impasses* en el análisis trae consigo sentimientos de triunfo a menudo vinculados con excitación sexual, y esa satisfacción erótica contribuye en parte a que este tipo de conducta se perpetúe.

Al impedir que el analista actúe con eficacia y al mantener un estancamiento en el proceso analítico, el paciente cree que logra evitar o negar su impotencia mediante el simple recurso de mantener las cosas tales como son. Proyecta su *self* impotente en el analista y lo mismo hace con su capacidad potencial para percibir la culpa. Mediante el uso de estos mecanismos de identificación proyectiva, no sólo siente que se ha librado de esos sentimientos y problemas, sino también que ahora el analista es el culpable, el responsable de todo.

Creo que el encapsulamiento a que ya me referí, así como la creencia del paciente de que ha logrado librarse de su temor a la locura o la muerte, junto con la gratificación sexual, tanto masoquista como sádica, coloca este problema cerca del área de la perversión. Aquí vale la pena recordar el trabajo de Glover (1933) "*La Relación entre la formación de perversión y el desarrollo del sentido de realidad*", en el que describe las perversiones sexuales como defensas utilizadas por el paciente contra la psicosis.

Junto con el temor que experimenta el paciente a que sus objetos internos estén dañados y lo acusen, también mantiene una relación con un objeto primario omnipotente e idealizado. El surgimiento en el análisis del contacto con ese objeto ideal, que en la relación transferencial es el analista, y los propios sentimientos buenos del paciente con respecto a ese objeto ideal, permiten a veces abrir una brecha en esa coraza de acero y entonces es posible llevar a cabo una labor analítica adecuada. Pero por lo general el paciente reacciona de dos maneras frente a este logro. Por un lado, se siente complacido y a veces aliado, se muestra más generoso y percibe esa tarea analítica

como una manera de alentar al terapeuta. No me propongo examinar aquí las complejidades de dichos sentimientos y tan sólo quiero mencionar que esa actitud de aliento hace sentir al paciente que ya ha tranquilizado al analista en grado suficiente como para eliminar todo peligro de que el análisis llegue a su fin. Por otro lado, el progreso promueve el odio del paciente, porque se siente expuesto a los mismo conflictos que intenta evitar y, por ende, refuerza sus ataques contra la eficacia del analista.

Desde el punto de vista de este último, tal tipo de encapsulamiento y la ocasional irrupción que permite una visión más esperanzada de las capacidades de amor y constructivas del paciente, sin duda complican toda la gama de respuestas transferenciales, que ya de por sí constituyen una serie muy compleja de reacciones, como creo que puede deducirse de mi descripción.

La combinación de los factores mencionados hace que el análisis se mueva en círculos, pero sin que tenga lugar un cambio real. El objetivo del paciente es impedir que progrese, puesto que percibe ese supuesto "análisis" como algo que limita sus problemas a las sesiones analíticas, sin consecuencias ulteriores. El analista siente que no puede ayudar al paciente ni terminar el análisis, porque la conducta expiatoria de éste representa un constante peligro de suicidio o desintegración. Tanto el analista como el paciente se encuentran prisioneros de una situación difícil o incluso insostenible. Si se habla de poner fin al análisis, el paciente y el analista experimentan una sensación de absoluta irreparabilidad.

#### Presentación clínica

El paciente sobre cuyo material están basadas mis conjeturas, y al que llamaré señor K., inició su análisis con el deseo de convertirse en analista. Señaló también que quería ayuda para sus problemas, el más importante de los cuales era, en su opinión, la incapacidad para tomar decisiones. Se describió a sí mismo como un "indeciso compulsivo" y "el más exitoso de los fracasados". En su primera entrevista mencionó una sintomatología profusa. Me impresionó por lo bizarro de sus aspiraciones, su intensa arrogancia y su incoherencia, pero tam-

bién era obvio que experimentaba considerable padecimiento. Mostró cierta calidez, así como un agudo sentido del humor. Le resultó muy difícil irse al final de la entrevista.

Durante los años previos había consultado a distintos psiquiatras, cuyos diagnósticos, si bien distintos, coincidieron en líneas generales en cuanto a que se trataba de una psicosis o enfermedad fronteriza. También había hecho otro análisis, que duró tres años, y que se había convertido en una psicoterapia de tres sesiones semanales. El analista le puso fin de manera abrupta y, en mi opinión, muy traumática, pero el señor K. se refería a este episodio con alborozo y tono de triunfo. Parecía ser muy enfermo.

El señor K. es hijo único en una familia muy perturbada. Describió a la madre como una persona extremadamente buena: "Siempre quiso lo mejor para mí". Desde el comienzo repetía que ella había usado su influencia para lograr su ingreso a escuelas y otros círculos muy exclusivos. Pero trabajaba todo el día y, en realidad, no se ocupaba nunca de su hijo debido, según parece, a su excesiva ansiedad.

El paciente siempre habló de ella con reverencia. Decía que los pocos momentos que había pasado a su lado no fueron sólo buenos, sino casi perfectos. Sin embargo, solía decirlo en un tono de voz muy inexpresivo y sin ningún contenido afectivo. Señaló también que la madre se preocupaba mucho por él cuando era un bebé: temía que nunca creciera ni engordara ni fuera bastante lindo. En la entrevista preliminar me comunicó algo que habría de reaparecer frecuentemente en el análisis, esto es, que jamás le había dicho que la amaba y que la madre murió antes que él pensara en hacerlo.

Según la descripción del paciente, el padre era un hombre duro e indiferente, que casi no compartía la vida familiar. Los padres se separaron cuando el paciente tenía dos años y volvieron a reunirse dos años más tarde.

Durante el primer año de vida, el señor K. estuvo en manos de niñeras que, según su propia versión, no duraban mucho tiempo. Luego tuvo una niñera que permaneció en la casa hasta que creció. La madre murió cuando el señor K. tenía 17 años.

Tuvo muchos problemas en la infancia y la niñez, pero logró terminar la escuela, estudiar en la Universidad y recibirse. Emigró a Australia, en parte porque se llevaba muy mal con el

padre, pero también porque su madre solía decirle que ése sería "el mejor lugar del mundo". En Sydney vivió con la hermana de la madre, a quien profesaba gran afecto. Se trasladó a Melbourne y allí padeció su primer derrumbe importante y tuvo que regresar a Inglaterra. Se refirió a ese regreso de muchas maneras. Destacó que se sentía acosado por una serie de dudas con respecto a volver, pero también que necesitaba "hacer las pases con su padre antes que fuera demasiado tarde".

Cuando regresó, las dificultades con el padre comenzaron una vez más y, durante una violenta discusión, aquél le dijo que se retirara a su habitación. Permaneció allí, literalmente, durante todo un año y sin hacer nada. Por último, se obligó a abandonar la habitación, aprendió el oficio de su padre, que era joyero y, a pesar de que le disgustaba, se dedicó a él durante algunas horas diarias.

Quiero dividir el relato de su análisis en tres fases. En la primera, el paciente se mostró muy perturbado. A menudo tenía fugas de ideas, hacía muchos juegos de palabras, se burlaba constantemente de todo y a veces tenía alucinaciones. En la primera semana de su análisis habló de dos temas que fueron de importancia considerable en su tratamiento. 1) Relató un sueño que había tenido la noche anterior a su sesión analítica conmigo: se encontraba en una aldea dentro de una zanja y debía trepar por la pared para volver a quedar en libertad. Tenía en la mano una especie de pico de minero. Cuando trató de salir, una enorme masa de rocas, tierra y toda clase de objetos pesados le cayeron sobre la cabeza. Con gran sorpresa, lo primero que asoció fue una joven a la que conoce y que es muy delgada. Por esa época la joven se disponía a alejarse de Londres y trasladarse al sur.

Como cabe imaginar, mis interpretaciones de este material fueron muy tentativas. Se relacionaban con su temor a lo que el análisis podía hacerle, o lo que él podía hacer con el análisis. También mencioné que quizá le preocupaba mi fortaleza: ¿me vería yo obligada a huir? (Mi acento, así como mi aspecto, sugieren que podría haber nacido en un país latino). 2) Me dijo, con una mezcla de preocupación, satisfacción y odio, que cuando tenía 10 años el padre le pidió que saliera a comprarle cigarrillos y él le respondió en tono provocativo "¿Dónde?". Irritado, el padre le contestó "Stanmore". esto es, el lugar donde

quedaba la joyería, a unos 45 minutos de la casa. El señor K. hizo exactamente lo que se le indicó, esto es, viajó hasta Stanmore y regresó dos horas más tarde. El mismo ofreció una explicación. Dijo que siempre había sido muy pasivo y que necesitaba que le dijeran que debía hacer. Lo dijo en un tono de voz muy extraño, muy chato, al mismo tiempo que sonreía con cierto aire burlón. También agregó que el verdadero lugar donde su padre quería que fuera se encontraba frente a su propia casa, pero que no le gustaba ese lugar. Creía que solían frecuentarlo prostitutas y se sentía muy incómodo allí. Dijo que siempre había confiado en que sus padres o los adultos adivinarían que sentía al respecto.

No entraré aquí en los detalles de estas sesiones, pero en mis notas incluí un comentario acerca de cuán abrumado se sentía y con cuánta desesperanza experimentaba la iniciación de la tarea analítica. También escribí que me sentía incómoda con respecto a su manera de relatar el incidente con el padre. Me pregunté hasta qué punto utilizaba una forma sádica de *acting-out* sexual.

Desde el comienzo del análisis el señor K. reaccionó muy intensamente a las separaciones de fin de semana. Luego de las primeras vacaciones analíticas, presentaba un estado de depresión severo.

En esta fase (como también en las siguientes) se expresaba por medio de la acción concreta más que de la comunicación verbal. Solía usar ropa raída, sobre todo un par de pantalones viejos, llenos de agujeros, para mostrarme cuán empobrecido, desdichado y destrozado se sentía. Por lo general vestía un sobretodo largo, demasiado holgado para él, que había pertenecido a su padre, y señalaba una y otra vez que era "el sobretodo de su padre muerto". (Cuando iniciamos el tratamiento hacía ya varios años que el padre había muerto). Durante las sesiones caminaba por la habitación, se sentaba en el piso o permanecía inmóvil cerca de la puerta.

A menudo sentía que yo tenía delirios. Al comienzo, hacía esos comentarios como provocaciones en son de broma, pero mis supuestos "delirios" eran reales para él. Con el correr del tiempo mi reacción ante esta idea, que resultó ser una convicción, me proporcionó un indicio acerca de la manera de manejarla. Al principio tuve que esforzarme por no caer en la zanja

de sus bromas sobre el tema. Comprendí que la idea de estar loca posiblemente me resultaba intolerable y que era probable que esa fuera también la forma como el paciente percibía tales problemas en sí mismo. Describía mi "delirio" en tono de chanza, pero a veces, cuando se iba, me sentía desconcertada y me preguntaba "¿Qué dije?". "¿Tiene algún sentido?". Comprendí que casi todo lo que le decía constituía para él una prueba de mi delirio, sobre todo cuando mis comentarios tenían que ver con su sensibilidad y sus buenas cualidades. Me refería a la percepción que tenía de mí como una persona delirante, señalándole que ésa era la forma en que me veía, pero sin aceptar ni rechazar esa imagen. Poco a poco introduje la idea de que podía haber explicaciones distintas para lo que yo le decía. El paciente comenzó a sentirse más seguro y a aceptar mis interpretaciones de sus propios aspectos delirantes, sus sentimientos con respecto a ellos y la forma como los proyectaba en mí. Tales interpretaciones de sus identificaciones proyectivas, que a menudo se referían a la proyección de sus estados mentales atemorizantes, sus causas y su influencia sobre la forma en que me percibía, contribuyeron a disminuir las ansiedades, y todo ese aspecto mejoró.

También en esta primera fase surgió material que arrojó luz sobre su temprana infancia. Para empezar, nos enteramos de que había tenido serios problemas para alimentarse. A menudo respondía a mis interpretaciones transformándolas en una suerte de papilla carente de significado que dejaba escurrir en forma de oraciones fragmentadas, palabras y meros sonidos. Pude obtener información con respecto al papel desempeñado por los procesos de desintegración y también enterarme de que debía librarse de sus productos con mucha rapidez. Según le habían contado, padeció de diarrea severa durante casi todo el primer año de vida o un poco más, lo cual enfurecía a su madre.

En la transferencia, yo representaba toda suerte de objetos totales o parciales. Con gran claridad, surgió una división entre mi persona como una Madre poderosa (o su pecho), que podía darle todo si yo (la madre) así lo deseaba, o como una niñera que, como madre, podía transformarlo en una persona normal —esto es, ser una analista—, permitiéndole de alguna manera que se transformara en mí misma. O bien me veía como una persona rígida que sólo le daba interpretaciones

y mantenía horas fijas, como una niñera severa, empeñada en alimentarlo e higienizarlo. En algunas ocasiones era una figura intermedia, no demasiado brillante, bastante insensible, que sólo deseaba que él se "adaptara", la niñera que quería que se comportara como un niño bueno.

En una transferencia paterna, me percibía como más fuerte y agresiva, siempre dispuesta a criticarlo. Debía ganar mi favor, conquistarme o luchar contra mí. Todo esto se hacía de manera muy erotizada, con burlas y un matiz claramente homosexual.

A pesar de que su patología era muy severa, se lograron progresos cualitativos genuinos. Su relación conmigo cambió y su material se volvió más coherente. Volvió a relatar sueños (cosa que no sucedía desde hacía bastante tiempo). Desarrolló una pasión con respecto a ellos porque su análisis le proporcionaba gran alivio, así como una comprensión convincente. También dejó de tener alucinaciones.

Junto con estos cambios positivos, en las sesiones comenzaron a aparecer nuevos aspectos. Es a ellos a los que me refiero como la segunda fase. El señor K. empezó a controlarme cada vez más. Recurría a dos o tres temas repetitivos con el objeto de demostrar que yo nada podía hacer y, al mismo tiempo, *realmente* esperaba que le proporcionara una respuesta capaz de resolver sus problemas de manera instantánea.

Me hacía una pregunta, por lo general de orden práctico —con respecto a una situación real en su vida cotidiana, por ejemplo, si debía o no enviar una carta. Me ordenaba que le respondiera de una entre cuatro maneras: "Si no-no-sé-no-puedo responder porque eso va contra la técnica psicoanalítica". Era irrelevante que yo le hiciera una interpretación o le diera la respuesta que me exigía, porque cuando así lo hacía siempre encontraba en ella alguna falla. Dijera yo lo que dijese —y también cuando nada decía— su única respuesta era recitar el alfabeto una y otra vez. Esa actitud persistía a veces durante varias sesiones.

Cuando esto comenzó a ocurrir, traté de manejar la situación como un material corriente que debía interpretarse dentro de la totalidad del contexto de la transferencia. Sin embargo, como no podía establecer contacto con él en esa forma, empezaba diciéndole "No sé" e intentaba explicarle por qué no me encontraba en condiciones de saber y hacerle entender que el

problema parecía ir más allá de la mera pregunta - respuesta. Agregaba que, si bien él estaba muy decidido a obtener de mí una "respuesta" en mi opinión también podía percibir mi interpretación de otra manera. Solía responder que todo eso era irrelevante puesto que yo había arruinado "sus órdenes" al ir más allá de un "No sé". Me preguntaba por qué no podía limitarme a decir "No sé" o por qué no podía decir tan sólo "Eso es contra la técnica". Intentaba entonces recordarle que él sabía (por lo que le había dicho en sesiones anteriores) que la técnica no era más que una parte de un proceso, pero siempre me interrumpía.

En algún momento logré hacerle entender (y deseo recordar al lector que durante casi todo el tiempo el paciente se limitaba a recitar el alfabeto en tono monótono) que sus preguntas, junto con la necesidad de que obedeciera sus órdenes, parecían sugerir la existencia de otros interrogantes que quizá lo perturbaban. Así, al convertirme en una máquina de responder, creía poder evitar esa perturbación potencial. A veces toda su actitud mostraba que mis palabras habían encontrado eco en él, pero el odio que esta vulnerabilidad le producía y, por ende, la comprobación de que su control eficaz ya no existía, aumentaban su ansiedad y lo llevaban a intensificar sus monótonos recitados.

Cuando me limitaba a decir "No sé" sin agregar nada más, a veces hablaba sobre alguna otra cosa, pero no tardaba en repetir la pregunta original. Solía decir que no estaba seguro de que cuando yo respondía "No sé" le daba "la respuesta" o se trataba simplemente de una "trampa". En la medida de lo posible, traté de señalar su conducta controladora así como los temores subyacentes a ese control. Le señalé que el posible temor que experimentaba le hacía pensar que todo fuera una treta. También intenté vincular ese temor con la satisfacción que le proporcionaba su conducta, el placer sádico, y que esto, a su vez, le hacía más difícil salir de su estado.

Otro tema eran sus quejas con respecto a su vida y su trabajo. Solía decir: "Hago agujeros y los lleno con plata; eso es todo lo que hago". Esta descripción podía, aplicarse también al análisis: perforaba todos mis intentos de interpretarlo y llenaba las sesiones con repeticiones del alfabeto.

Sin duda, a menudo me resultaba difícil pensar durante

las sesiones y sentía que mi mente era una especie de tamiz, pues podía recordar muy poco de lo que sucedía en ellas. Resulta interesante que casi nunca pudiera pensar en ninguna otra cosa que no fuera lo que ocurría durante las sesiones. Sentía que mi mente no funcionaba, pero también que no se distraía. Creo que ello se debía a que el paciente ejercía un poderoso control sobre mí, probablemente a través de un tipo minucioso de identificación proyectiva. Recuerdo cierta ocasión en la que me sentía muy preocupada por un problema personal y lo recordé durante un instante durante el curso de una sesión. Se interrumpió en el acto y se levantó, presa del pánico.

Cada vez que tenía oportunidad de hacerlo, le describía lo que sucedía, esto es, trataba de llamar su atención sobre los hechos que tenían lugar en la sesión (no lo hacía muy a menudo, ya que no deseaba crear un nuevo patrón). Le hablaba sobre la posición en que me colocaba y le señalaba que, a pesar de su enorme desprecio aparente, seguía necesitando mi atención. Lo hacía como si pensara en voz alta, con la esperanza de obtener de él mayor cooperación y también de que mi mente siguiera funcionando, y, desde luego, después de períodos durante los cuales había permitido que mi mente permaneciera casi paralizada.

Esta conducta se prolongó durante muchos meses. Creo que, debido a todos los esfuerzos realizados, muy gradualmente se pudo vislumbrar el comienzo de una respuesta. El paciente intentó defenderse aún más de mis interpretaciones e incluso empezó a traer un grabador a las sesiones con la excusa de que tenía mala memoria.

Esto me hizo sentir muy incómoda. Luego de la primera reacción de sorpresa, me sentí tan observada que tuve que mostrarme muy cautelosa. Sólo cuando comprendí mis sentimientos de persecución pude tranquilizarme y utilizarlos para comprender mejor el material. Luego de este primer impacto, no tardé en observar que mis sentimientos cambiaron y durante largos períodos el grabador no me afectaba en absoluto.

Acepté la presencia del grabador porque sabía que, en caso de negarme a hacerlo, lo más probable sería que no encontraría manera de obligarlo a aceptar mi negativa. También pensé que si lo lograba (lo cual no parecía probable en ese momento),

era muy factible que el señor K. lo percibiera como un nuevo éxito: yo haría así lo que me exigía desde el comienzo: "Dar órdenes directas". En este caso me limité a dar las instrucciones absolutamente imprescindibles, es decir, el análisis tenía lugar en el consultorio a horas fijas y la puerta estaba cerrada. Con respecto al resto de sus acciones, intenté utilizar sólo interpretaciones analíticas.

También pensaba que el grabador mostraba dos cosas básicas: su conducta lo llevaba a perder la memoria, es decir, su mente, pero también deseaba recordar. Basé mis interpretaciones en este segundo aspecto. Destaqué el dolor y las dificultades derivadas de sus continuos intentos de expulsar de su mente prácticamente todo mediante su sistema de hacer preguntas y, más aún, mediante su monótono recitado del alfabeto. Hubo cierto reconocimiento explícito positivo por parte del paciente en medio de su *acting-out*. Como ya señalé, al principio me sentí muy molesta debido al grabador, cosa que el paciente sin duda percibió y lo llevó a sentirse aún más triunfante (aunque no durante mucho tiempo) y a burlarse de mí, en particular de mi acento.

La aparición del grabador estuvo acompañada al comienzo por un aumento de su conducta bizarra. Creo que ésta constituyó una respuesta a la forma como percibía mis sentimientos. Pero, a pesar de ciertas burlas, su deseo de recordar se hacía cada vez más fuerte, al punto de llevarlo a decir sinceramente: "No quiero perder lo que me dice" (cita textual). Sus recitados disminuyeron y sus asociaciones mostraron un aumento de la violencia.

En cierta ocasión, al entrar en el consultorio miró el diván con horror, se quedó inmóvil y me preguntó si antes había una cama con baldaquín donde ahora estaba el diván. Afirmó haberla visto. Intentaré resumir el contenido de muchas semanas de labor sobre este tema.

El contenido principal de las asociaciones fue la prostitución y un bar llamado "El mendigo ciego". Durante esa época los diarios ofrecían abundante información acerca del juicio a una banda de delincuentes que solían aterrorizar a la población del East End Londinense. Se acababa de descubrir que la pandilla utilizaba torturas para lograr sus objetivos. Los delincuentes tenían como base de operaciones el bar "El mendigo

ciego".

Como señalé antes, el principal modo de comunicación del señor K. eran las acciones o el tono de la voz. En esa etapa sentí, por la forma en que hablaba, que algo muy peligroso estaba sucediendo y, por primera vez en este análisis, experimenté temor por mi seguridad personal. Utilicé mis temores para orientarme en cuanto a dónde debía poner el acento en las interpretaciones (y tomé también algunas medidas prácticas de protección, tales como contar con la presencia de un enfermero en el departamento, que acudiría si yo tocaba un timbre colocado cerca de mi sillón). El contenido de las interpretaciones apuntaba sobre todo a las actividades de una pandilla de torturadores dentro de sí, dirigidos contra mí y contra la parte de él que deseaba "recordar", aprender y saber, para poder así sentirse mejor. Esa crueldad interna era tan aterradora que sentía que debía someterse a ella y, por ende, yo debía impedir consecuencias ulteriores y más graves. Vinculé esto con la ceguera, destinada a impedir el *insight*, a no enterarse, puesto que la culpa de ver lo que sucedía amenazaba con provocar un intensísimo dolor. Así, se sentía mejor siendo un mendigo, no recibiendo nada, en lugar de percibir esa imagen espantosa. También, muy lentamente, comencé a señalar que ahora, a pesar del terror torturante, estaba en mejores condiciones de ver lo que sucedía en su mente. Ahora podía sacar su contenido a la luz, hablar sobre ello, y, aunque sin mucho entusiasmo, tratar de recordar el significado que tenía para él. (La falta de entusiasmo derivaba de la pregunta acerca de quién era el que recordaba, si el paciente mismo o una máquina carente de responsabilidad).

Mientras trabajaba sobre este tema, mis temores disminuyeron de manera progresiva e hice que el enfermero dejara de venir. El señor K. realizó repetidos intentos por aumentar y fortalecer su control, al tiempo que su crueldad con respecto a mí se volvía más perversa. Sin embargo, sentía que podíamos mantener un contacto cada vez más continuo, que traía consigo acentuados cambios en las sesiones. Los recitados desaparecieron casi por completo. El señor K. volvió a relatar sueños y a trabajar con ellos. También empezaron a vislumbrarse cambios en su vida exterior. Parecía menos aislado, hablaba sobre otras personas y volvió a ejercer su profesión original durante algunas horas diarias, profesión que prefería a la joye-

ría y que no había practicado debido a su excesiva ansiedad. Su relación con una novia pareció volverse menos bizarra.

En mi opinión, muchos factores habían desempeñado un papel en lo que se refiere a producir tales modificaciones (me refiero a la labor realizada durante un período de varios años). El hecho de que disminuyera la necesidad de un control tan sádico se debió en parte a que me percibía como una analista fuerte, y por ende, capaz de contener sus "horrores" sin quedar totalmente abrumada por sus ansiedades y, por ende, más capaz de devolvérselas en forma modificada (Bion, 1962), lo cual hacía posible la reintroyección. A su vez, esto traía nuevos incentivos para una mayor comprensión que, en cantidades pequeñas, el paciente podía utilizar.

En otras palabras, mediante el aumento de los procesos introyectivos comenzó a establecerse una relación más benigna, que hacía posible las modificaciones, tanto en su Superyó (objetos internos, analista interno) que, en mi opinión, se volvió menos cruel y punitivo, como en su Yo, que se volvió más fuerte y por ende menos necesitado de recurrir a modos tan extremos de defensa. Creo que el siguiente episodio puede aclarar lo que intento decir: en una de las sesiones dijo bastante enojado que yo era como una de las niñeras que había tenido en su temprana infancia "Debe haber sido una verdadera bestia". Alguien le había dicho que esa niñera había llegado incluso a sentarlo sobre un ropero para lograr que comiera. Le respondí que, si bien era cierto que esa conducta se podía considerar "bestial" también me preguntaba si lo que quería decirme no era que, por enojado que estuviera, reconocía que mis esfuerzos eran similares a los de la niñera de su infancia en lo que concierne a no permitir que tuviera hambre o muriera de inanición. Que quizás habíamos intentado lograr que el bebé que había en él incorporara algo, ya que la comida o el alimento mental es importante para la vida y el crecimiento. Esto pareció conmoverlo. Me respondió: "Tengo que reconocerlo. Usted realmente se esfuerza y si algo no resulta intenta otra cosa, a pesar de que me comporto con usted como una bestia. O no está demasiado atemorizada o sigue a pesar de eso, o no sé que pasa".

Este progreso en el análisis duró algún tiempo, al cabo del cual volví a sentirme cada vez más limitada en mi pensa-

miento (esta vez de una manera distinta, más opresiva) y en mi capacidad para llegar hasta él con mis interpretaciones. Un nuevo tema repetitivo comenzó a establecerse en el material. El paciente empezó a producir interminables variaciones de una misma oración: "Cometí un error"; "Hubo un error"; "Todo es a causa de un error". El error al que se refería era haber regresado a Inglaterra en lugar de permanecer en el lugar ideal, esto es, Australia. Como cabe imaginar, traté de manejar este material desde muchos puntos de vista, pero todo fue en vano, y entonces comprendí que había llegado a un estancamiento total. Nos encontrábamos en lo que llamo la tercera fase.

Como confío en poder demostrar en el material que sigue, en mi opinión el señor K. había llegado al punto más difícil de su análisis, es decir que, junto con el progreso, los sentimientos de culpa ocuparon el primer plano. Por difíciles que las dos fases previas hubieran sido para el paciente, esta última parecía insuperable.

Quisiera describir algunas de mis experiencias de esas sesiones. Los temas eran muy repetitivos y giraban casi siempre alrededor de los mismos contenidos. Quisiera dar uno o dos ejemplos. El señor K. entraba en la habitación sin mirarme. Una vez en el diván, en lugar de hablar en forma directa, decía algo como: "¿Quiere que le hable o no?". O bien recitaba un interminable galimatías, siempre el mismo, que equivalía a preguntarme si debía llenar una solicitud para ingresar en el Instituto de Psicoanálisis.

A pesar del carácter repetitivo de tales expresiones, el sentimiento que me transmitían estaba lejos de ser siempre el mismo. A veces parecían constituir una súplica para que le proporcionara una ayuda que le permitiera comenzar. A veces aceptaba la ayuda y comenzaba a hablar directamente sobre lo que le preocupaba. Pero, desde luego, esto no siempre ocurría. Había muy sutiles matices en la forma como decía las cosas (sobre todo el tono) que me permitían percibir cosas distintas.

En otras ocasiones parecía más excitado y descartaba todo lo que yo le decía. Si yo permanecía en silencio, lo tomaba como una provocación hostil o como una prueba de que me había dejado fuera de acción. Cuando le hablaba, ya fuera para hacerle una interpretación, para describir algo, etcétera, el señor K. respondía con profundo desprecio. Hacía pedazos

todo lo que yo decía y sacaba a relucir el "error", por lo general en un tono nasal, monótono y muy quejoso, seguido por una actitud de superioridad para demostrar que, puesto que ese error había tenido lugar veinte años antes, no tenía sentido que ninguno de los dos tratara de comprender nada.

Mientras esto sucedía, padecía intensamente pero, según él, yo también debía sufrir, por lo cual tenía que "perforar ese dolor en mí". Uno de sus argumentos era que, si no lo hacía, nunca comprendería cómo se sentía. Volvió a recurrir al uso de métodos proyectivos masivos y a la conducta concreta. También creía que esto me resultaba sexualmente estimulante, que debía excitarme, sobre todo si lograba convencerse de que me lastimaba. (Mis sentimientos predominantes eran muy penosos y un par de veces llegué a sentir realmente un dolor estomacal muy breve, pero agudo. El paciente percibió toda la situación como un comienzo de coqueteo, un juego sexual).

Además, a veces abrigaba la convicción de que tenía el poder de solucionarlo todo, pero, desde luego, no a través del análisis. Para él, esto significaba hacer retroceder el reloj veinte años y transformarse en analista. Creía firmemente que bastaría una palabra de mi parte para que lo aceptaran en el Instituto de Psicoanálisis. Consideraba que yo era muy cruel por negarme a hacerlo y ello estimulaba su propia crueldad para demostrar cuán inútil era mi tarea.

Entonces después de escuchar cuidadosamente su manera de hablar, (pues siempre decía lo mismo) pude percibir una posibilidad de establecer contacto con su ansiedad. Es posible que en ese momento haya sentido que el paciente estaba más receptivo y que yo misma me encontraba menos atada. Traté de hacer algo que ya había intentado antes, es decir, presentarle sólo un resumen descriptivo de lo que había sucedido durante la sesión. En general (como también en casi todas mis interpretaciones) partía de su dolor, su deseo de llevarme a atacarlo y, por ende, a convertirme activamente en "la que castigaba". En otras ocasiones podía percibir, por la forma como hablaba, que en realidad sabía que estaba pensando otra cosa, o que lo preocupaba otra cosa, y trataba de señalárselo. Solía mostrar sorpresa al comprobar que me había dado cuenta y permitía que surgieran algunas asociaciones y escuchaba las interpretaciones. Por ejemplo, cierto día, mientras se encontraba recitan-

do su letanía "Oh! Ese espantoso error, ¿por qué lo cometí?" sentí que, a pesar de que trataba de hablar con su voz monótona habitual, que él llamaba tono plano, se sentía agitado. También sentí que yo adoptaba una actitud más alerta. Aventura un comentario en el que le señalé que, en mi opinión, se encontraba agitado y que quizás ese "¿por qué, por qué lo cometí?" podía referirse a alguna otra cosa. Se sobresaltó y empezó a decir que había estado preocupado por algo que le había hecho a un colega y que quizás había sido muy desconsiderado de su parte.

Este episodio, así como algunos otros, permitieron realizar cierta labor analítica. El paciente pudo entonces lograr cierta comprensión y utilizarla: se volvió más deprimido, toda su actitud se modificó y parecía muy preocupado. En esos momentos rechazaba las interpretaciones sobre sus cualidades positivas como persona, ya que éstas favorecían el aumento de su sentimiento de culpa, así como sus temores con respecto a su capacidad de mantener sus buenas cualidades. Por ejemplo, si le hablaba de su interés por otra persona en su trabajo, reaccionaba con una mezcla de placer y temor: temor que a menudo le hacía burlarse de mí y de sí mismo o tratar de demostrar lo contrario. "¿Yo, haciendo algo bueno? ¡Usted debe tener una imaginación prodigiosa!".

Creo que "el error" constituía también un intento de encapsulamiento aunque, desde luego, no se trataba tan sólo de eso. Pero un error, sólo uno, por mal que lo hiciera sentir, también le permitía no tener que ver muchas cosas, "muchos supuestos errores", en su conducta hacia sus objetos. Además, el error consistía en abandonar el país que su madre consideraba ideal. Se había portado muy mal con muchas personas en Australia. Tuvo un colapso y "fue expulsado del Paraíso".

En este sentido, en su conducta con respecto a mí, la crueldad que prevalecía (a menudo resultaba no sólo dolorosa sino también muy irritante), desde luego no expresaba puro sadismo, sino que también el uso de ese sadismo, sumado a otros elementos, constituía una defensa contra la culpa provocada por su conducta cruel. Creo que esa crueldad le resultaba al paciente tan devastadora que creía que nada podría mitigarla. Su amor no bastaba o bien no podía dejar que actuara cuando se comportaba como lo hacía ni tampoco podía detener lo que

hacía. Sucedió algo similar a lo que había manifestado en su primera sesión: "Jamás le dije a mi madre que la amaba", hasta que fue demasiado tarde. No podía permitir que su capacidad de amor surgiera a la luz, salvo durante períodos muy breves, ya que lo hacía sentir espantosamente mal por lo que había hecho y por eso trataba de obligarme a echarlo.

Cuando se encontraba en un estado más receptiva y triste, se preguntaba por qué se comportaba conmigo en esa forma. Solía preguntar si era un perverso. Tales interrogantes tenían a veces un aire burlón pero en general los planteaba con seriedad y preocupación. A veces mis interpretaciones lograban establecer hasta qué punto eso lo preocupaba. A pesar de que intentaba dejar de lado el tema con una carcajada o convencerse de que yo era masoquista —único motivo por el cual lo toleraba— abrigaba ciertas dudas; sentía que su conducta no sólo era cruel para conmigo sino también incomprendible para él, que se daba cuenta de que el mero hecho de decir que era "un perverso" significaba muy poco y que necesitaba comprender esa conducta cruel y abrumadora que él llamaba "perversión". A veces le señalaba también hasta qué punto anhelaba que lo tildara de perverso, en cuyo caso la palabra adquiriría un sentido moralista que podía utilizar para sentir que yo lo acusaba y lo castigaba. En otras palabras, a través de la identificación proyectiva yo me convertiría en la persona que aplicaba el castigo y, según creía el paciente, podría evitar así sus propias ansiedades. Cuando logré convencerlo en este sentido y él dejó de verme como una figura punitiva, experimentó pánico, lo cual a su vez lo llevó a intensificar su crueldad mediante la destrucción total de mis interpretaciones y una enorme capacidad para despojar de sentido a todo lo que yo decía y su propia posibilidad de comprenderlo.

Si no lograba hacerlo, y mis palabras ejercían algún efecto sobre él, se quedaba dormido durante la sesión para interrumpir el contacto entre ambos. También se obligaba a quedarse dormido cuando llegaba con deseos de contarme algo que era importante para él.

Como cabe imaginar, una de mis mayores dificultades con este paciente consistió en evitar ser demasiado repetitiva y tratar de mantenerme alerta con respecto al más mínimo cambio en su manera de hablar o en las inflexiones de la voz,

que pudiera utilizar para adoptar un nuevo enfoque del problema o una nueva manera de dirigirme a él.

También me sentía sometida a una presión interna cada vez mayor y comencé a pensar que nos quedaba muy poco tiempo. A menudo me encontraba pensando "Tengo que hacer algo", antes de que sea "demasiado tarde". "Tengo que pensar en algo". Creo que yo misma puedo haber contribuido a sus propios temores al "esforzarme demasiado", hasta que comprendí que proyectaba en mí sentimientos de irreparabilidad. Pude entonces orientar mis interpretaciones a partir de mi propia sensación de presión y los sentimientos del paciente con respecto al transcurrir del tiempo (a menudo se refería a ese tema, pero no creo que mis reacciones se debieran a esa realidad concreta y externa). Comencé a vigilar con mayor atención mi tendencia a interpretar en exceso y traté de aumentar mis posibilidades de contener la situación durante períodos más prolongados. En todo el curso del análisis le había permitido hablar o actuar sin interrumpirlo, pero en ese momento sentí (quizás no con suficiente claridad) que necesitaba aún mayor tiempo, y, a pesar de su intenso padecimiento era importante esperar más, y sólo entonces interpretar. Esta identificación proyectiva apuntaba a poner a prueba mi capacidad para tolerarlo sin enloquecer. Pero se necesitaba un cuidadoso equilibrio, ya que si percibía que mi actitud de espera duraba "un segundo de más", ello también constituiría una prueba de que mi mente no funcionaba.

A pesar de todas estas dificultades, logró transmitirme algo que hizo aumentar mis esperanzas, y también despertó en mí mucha pena por él.

Al cabo de un período durante el cual el equilibrio entre una parálisis total del análisis y cierta comprensión más sensible comenzó a inclinarse hacia esta segunda posibilidad, el señor K. empezó a deprimirse. Su vida externa empezó a deteriorarse. Se quejaba a menudo de que ya no podía hacer frente a sus problemas cotidianos e interrumpió el análisis durante algún tiempo, dado que la culpa se había vuelto muy prominente.

Me advirtió la posibilidad de esa interrupción varias semanas antes de ponerla en práctica. Creo que es posible que se le hubiera ocurrido mucho tiempo antes, en vista de la intensa presión que yo seguía experimentando en el sentido de "tener

que hacer algo".

Encaró el tema de la interrupción del análisis de dos maneras: 1) Dijo que no tenía dinero, que gastaba más de lo que ganaba y que no podía darse ese lujo. Desde luego, creo que lo que no podía permitirse eran los sentimientos depresivos. 2) Se veía obligado a interrumpir, para lo cual me dió explicaciones tan confusas que me resulta imposible reproducirlas aquí. Su lenguaje se volvió casi incomprensible. Se movía como alguien afligido por terribles dolores, imposibles de describir con palabras. Actuaba como si lo impulsara una fuerza que lo apartaba de mí. No podía "tolerar la continuación del análisis". Creo que entonces me vivía como una analista interna (externamente podía mostrarse más cálido y cordial conmigo) que lo arrastraba a una lucha entre el amor y el odio, la vida o la muerte. Sostenía que no podía tolerarlo, que perdía más de lo que ganaba. Como un bebé que, en cuanto termina de alimentarse, tiene un episodio de cólicos y diarreas. En general, proyectaba en mí esos sentimientos y, por ende, la convicción de que esa interrupción le traería alivio y quizá libertad.

Interrumpió su análisis, se mantuvo en contacto conmigo a través del teléfono y, al cabo de un tiempo, solicitó reiniciar su tratamiento. Durante la interrupción había logrado controlar sus emociones, comenzó a trabajar ocho horas por día, y se sentía triunfante e hipomaniaco. Pensaba que se había curado de la misma manera, no importaba cuál fuera, como había logrado salir de la habitación en la casa de su padre. También reaccionó con una actitud de triunfo cuando acepté que reiniciara el tratamiento.

¿Por qué regresó? ¿Y por qué lo acepté? Pronto se comprobó que la huída hacia esa supuesta "salud" resultaba imposible de mantener y que sentía un terror pánico a derrumbarse y sentirse muy deprimido. Llegó a reconocer sólo parte de estos sentimientos cuando me pidió que volviera a aceptarlo, pero sí reconoció que no regresaba para convertirse en analista sino como un paciente que necesita tratamiento.

Mis razones para aceptarlo fueron de diversa índole. Tenía conciencia de los peligros implícitos en una negativa, pero creo que fue sobre todo debido a su capacidad para estimular esperanzas en mí con respecto a lograr algún cambio fundamental, así como la proyección en mí de la necesidad

de hacer algo. Visto retrospectivamente, creo que me sentí atrapada en la situación que describí al comienzo de este trabajo, a saber, que hace imposible terminar un análisis. Pienso que a ambos nos resultaba imposible aceptar la idea de que estaba más allá de la posibilidad de curación. Aunque yo abrigaba dudas con respecto a la sensatez de mi decisión y hablé sobre el tema con un colega, creo que me sentía más dispuesta a aferrarme a la esperanza.

Quisiera detenerme aquí para considerar algunos aspectos de lo que he dicho hasta ahora sobre este paciente.

a) Creo que el señor K. había logrado establecer una relación con un objeto, un objeto total, pero que esa relación nunca se estableció firmemente. Su tendencia a la idealización en su temprana infancia se expresaba a través de asociaciones y reacciones múltiples frente a las interpretaciones. "Mi madre era extraordinariamente buena", "hasta un grado sobrehumano: se levantó de su lecho de muerte para hacer una donación a una sociedad de beneficencia". En el análisis, cuando algo realmente no satisfacía, solía mostrar una muy extraña sonrisa de felicidad o bien elogiaba una interpretación, o mi capacidad para hacerla, en una forma que carecía por completo de fundamento, fuera por lo que yo decía o lo que hacía. Por ejemplo, en cierta ocasión en que hice una interpretación corriente y pedestre, que no tenía nada de novedoso pero a la que nunca le había prestado atención hasta el momento, dijo con una sonrisa radiante: "¡Usted es Shakespeare!".

La idealización, que es un factor común en cualquier desarrollo infantil, probablemente estaba acentuada en el señor K. por cierta debilidad constitucional. La disociación entre la madre muy mala (pecho), —las niñeras y la madre extremadamente buena que aparecían en su material analítico era mucho más profunda que en los pacientes comunes y, según creo, probablemente estaba también reforzada por la madre, quién no sólo era incapaz de contener las ansiedades del hijo, sino que proyectaba sus propias ansiedades en el niño y necesitaba recibir de él constante reaseguramiento. Se mostraba siempre preocupada por su salud, lo arrastraba de un médico a otro, provocando así el intenso fastidio de su marido, quién no veía motivos para pensar que pasaba nada grave (ya los médicos le habían dicho que la diarrea era "nerviosa" o ideopática, y los pediatras

le habían aconsejado que no le prestaran demasiada atención e hicieran que el niño siguiera una dieta normal).

También le habían contado que, cuando era pequeño, en cuanto se encontraba solo con su madre se reía y hacía toda clase de "gracias" para ella. Cuando se refería a lo que sucedía en su casa con su madre, parte de lo cual sonaba duro o bizarro, jamás se mostraba crítico con respecto a la madre. Por otra parte, nunca elogió a ninguna de sus niñeras.

Cuando en el análisis me vivía como la madre ideal, me investía con poderes omnipotentes. Yo era capaz de transformarlo en otra persona, por lo general un analista muy famoso. Creo que como madre ideal yo debía curarlo dentro de mí, a través de su fusión conmigo, de que se convirtiera en mí misma. Yo era la madre que lograba hacerlo ingresar en "lugares exclusivos" (El hijo único). También se sentía impulsado a decirme muy a menudo "cuán inteligente era yo" o "que poéticas" sonaban mis interpretaciones sobre todo cuando tales comentarios nada tenían que ver con los sentimientos generales que experimentaba en esos momentos.

b) Esta idealización extrema de la madre, hizo que le resultara mucho más difícil elaborar la culpa, dado que su percepción del objeto, esto es, la madre, era la de un objeto perfecto y, por ende, cualquier daño que se le ocasionara hacía que la culpa fuera enorme y que él se sintiera impotente para repararla, a menos que él mismo fuera omnipotentemente perfecto.

c) La conjunción de estos factores eliminó casi por completo su capacidad para tolerar el dolor, quizá constitucionalmente limitada. Por ende, percibía la culpa como una experiencia horrenda que era necesario evitar a cualquier precio.

d) La paralización del analista, junto con la evitación de la culpa, parecían expresar la experiencia temprana pasiva de un objeto externo inadecuado. La repetición de esta situación en el análisis parecía tener como fin comunicar al analista la experiencia de una madre impotente y pasiva, pero al mismo tiempo transformaba esa comunicación en algo placentero en sí mismo. Esta erotización, que en análisis parece tan perversa, puede haber derivado de una experiencia temprana, quizá percibida por el niño como muy confusa, en la cual siente que si pudiera actuar en el nivel sexual, despertaría el interés del objeto, le daría vida y disminuiría su ansiedad. Creo que esto

explica, por lo menos en parte, su convicción de que su relación conmigo me resultaba en cierto modo placentera.

Una vez que el señor K. reinició su análisis, al cabo de un breve período inicial en el cual se mostró hipomaniaco, hizo un verdadero esfuerzo por trabajar durante las sesiones. Pero no tardó en volver a adoptar las actitudes ya descritas, aunque esta vez de manera más intensa. A veces relataba sueños en los dos últimos minutos de la sesión. A menudo estos tenían un contenido inquietante y elementos que indicaban un suicidio potencial. Cuando trataba de referirme a ellos al día siguiente, no me dejaba hablar y se quedaba dormido.

Quiero describir dos sueños, que fueron los últimos que relató antes de caer en una parálisis total. Bastante a comienzos de la sesión, lo cual era insólito, y con actitud muy deprimida, relató el siguiente sueño.

"Me encontraba caminando por un sendero muy peligroso, quizás minado, lleno de alambre de púas. Estaba rodeado por la policía, que se encontraba en todas partes, pero sin moverse. Fue en la Plaza Connaught y sentí que, si lograba atravesarla, estaría libre". Este último comentario era dolorosamente sincero. Luego su tono cambió y tuve la impresión de que se obligaba a burlarse de mí. Me dijo: "Bueno, vivimos muy cerca de allí. Mi niñera solía llevarme allí a caminar. Bueno, vamos, ¿Qué me dice de todo esto? Le señalé que quizás la Plaza Connaught se refería también a alguna otra cosa. Para mi sorpresa, esto lo hizo permanecer en silencio y, luego de reflexionar durante unos minutos, me contó que mientras miraba televisión la noche anterior vió un programa sobre el sitio de la Plaza Connauht. Los elementos del Ejército Irlandés de Liberación tenían prisionera a una pareja en un departamento. Agregó que en el sueño lograba llegar al otro lado y se sentía a salvo. Parecía muy alicaído.

Le interpreté que parecía sufrir un serio conflicto que tenía sus raíces en la infancia. El señor K. sabe que debe atravesar por una situación muy difícil para alcanzar la seguridad y la verdadera libertad. Estas dificultades le resultan terribles, tanto interna como externamente. Si intenta caminar, teme quedar destrozado —el alambre de púas—, lo cual posiblemente tiene que ver con la separación con respecto a su objeto, tanto su analista como el objeto original, y todo lo que

sabíamos que eso implicaba para él. Su interior explotaría, es decir, las minas. Es de observar que nadie acude en su ayuda, por lo cual se rinde a un aspecto de sí mismo que le ordena congelar todo, incluyendo la interacción entre la pareja analítica. Aquí hay una relación con la pareja tomada como rehenes en el departamento.

El paciente permanecía en total silencio. Al cabo de un momento dijo que había tenido "un fragmento de sueño" luego del anterior y con el mismo tema, y describió lo que sigue:

"Quiero lograr libertad y seguridad. Para ello tengo que cavar un túnel y deslizarme por él. Mientras estoy cavando, veo que la grava y la basura forman un tremendo montón caótico que me hace sentir que jamás podré despejarlo". Había despertado abruptamente a las 3 de la mañana, en un estado de profunda depresión. Luego de esta descripción se quejó de hacer las cosas con lentitud cada vez mayor. No puede funcionar.

La sesión llegaba a su fin. En mi interpretación traté de vincular los dos sueños y le dije que si funcionaba en el análisis y me utilizaba de manera adecuada, vería "ese montón caótico" que le parecía imposible despejar. Pero agregué que también sentía que yo era impotente, como alguien que está sitiado o paralizado como los policías, paralizado por su conducta en las sesiones previas. Lo que aumenta su desesperanza es el hecho de verme como una persona impotente. Si me permite ayudarlo, y también si toma conciencia del montón de basura, entonces ambos tenemos que despejarlo. Eso lo hace sentir muy mal, tan mal que se siente presa del pánico ante la posibilidad de no poder tolerarlo, y por eso tiene que paralizar todo. Incluso tiene que despertarse en medio del sueño. Ese día se fue del consultorio muy deprimido. Durante la sesión siguiente no hizo más que dormir. Traté de establecer contacto con él recordándole la similitud entre el sueño que me había relatado la sesión anterior y el que había tenido al comienzo de su análisis. Se sobresaltó, abrió los ojos y volvió a quedarse dormido. No sé cuánto había alcanzado a escuchar, pero creo que en parte me oyó.

Aguardé. Luego traté de vincular ambos sueños con la anécdota que también me había relatado en su primera sesión (esos dos recuerdos de la primera sesión acudieron a mi mente en forma súbita y espontánea). Le señalé que sus temores

a las consecuencias de su conducta empecinada y provocativa hacían no sólo que se sintiera muy mal sino también que me percibiera como un padre interno que era impotente para ayudarlo con la grava. Por eso debía encerrarse quedándose dormido. Volvió a abrir los ojos, los cerró e inició una respiración rítmica con el fin de volver a dormirse.

Durmió todo el tiempo, y lo mismo hizo en muchas de las sesiones que siguieron. Resultó imposible restablecer contacto con él hasta que pudo recuperar por completo el viejo patrón de repetición que había provocado un estancamiento del análisis.

Quiero poner fin a esta presentación clínica con los siguientes sueños, que considero muy reveladores, porque en ellos su desesperanza y también su determinación para paralizar y mantener el sitio se revelan con claridad.

Como resultado de sus propios y decididos esfuerzos, volvió a recurrir a su conducta invalidante habitual. Yo me sentía totalmente paralizada, mientras el padecía, se quejaba y exigía, como una curación omnipotente inmediata, que lo convirtiera en analista.

El análisis prosiguió en esta forma durante muchos meses, y cada vez se hacía más difícil establecer contacto con él. En ese momento tuve que tomar una decisión. ¿Era aconsejable continuar en una situación en la que yo no era más que una niñera encargada de custodiarlo o bien formaba con él una pareja sexual perversa? Esto, desde luego, sumado a la inutilidad del tratamiento, aumenta la culpa del paciente. ¿O acaso el analista debe poner fin al tratamiento y enfrentar las consecuencias que esa decisión puede traer consigo?

Por último, decidí terminar el análisis. Aguardé algún tiempo antes de decírselo, para reflexionar sobre la influencia que esa decisión podía ejercer sobre mi trabajo con el paciente. Me sentí más libre, pero las cosas no cambiaron.

Le comuniqué mi decisión con menos anticipación de la habitual (aproximadamente tres meses, que es bastante menos de lo habitual en mí). Lo hice para darle la oportunidad de que trabajara con vistas a la terminación, pero también para que el momento de poner fin al análisis no estuviera tan alejado como para que mi anuncio le pareciera una amenaza en lugar de una realidad. Asimismo, mi anuncio estuvo formulado de

tal manera que no dejaba abierta la posibilidad de continuar conmigo.

### Consideraciones

Quiero limitar mis consideraciones a cuatro puntos básicos tomados de la vasta gama de problemas que un paciente como el señor K. presenta: a) Dificultades específicas en cuanto a considerar la posibilidad de terminar un análisis con este tipo de paciente; b) algunos comentarios sobre el problema de la expiación; c) la influencia de este tipo de psicopatología sobre las respuestas emocionales del analista y d) algunas consideraciones sobre la técnica.

Al principio de este trabajo señalé que, desde el punto de vista del paciente, interrumpir el análisis implica el serio riesgo del suicidio o la desintegración. Como han señalado ya muchos autores, este peligro subyace a muchos de los problemas que traen consigo una reacción terapéutica negativa. Creo que la especificidad del peligro del suicidio en una constelación defensiva expiatoria consiste en que el paciente lleve su expiación hasta sus últimas consecuencias, tanto para sí mismo como para sus objetos internos. Alcanza la culminación de su sufrimiento a través de su propia muerte, que es lo que más teme. La otra causa específica en este síndrome es que estos pacientes se desintegran cuando no disponen de un continente externo en el cual puedan encapsular, *ad aeternum*, los problemas. Al estar encapsulados, estos problemas los llevan a la fragmentación defensiva, que puede terminar en un estado permanente de desintegración.

Riviere (1936) señala que lo que el paciente más teme, en el caso de que llegue a establecer contacto con su mundo interno, es el suicidio y la desintegración. En mi opinión, en el tipo de paciente al que me refiero es el analista el que en realidad teme esos dos desenlaces posibles, en medida mucho mayor que el paciente mismo. Ese temor del analista, consciente o inconsciente, da origen a un estado de ansiedad estrechamente vinculado con la culpa, la cual, a su vez, se ve estimulada y aumentada por las identificaciones proyectivas del paciente.

Mi experiencia, tanto en el tratamiento directo de pacientes como en el control de terapias realizadas por colegas, me ha

demostrado que la sensación de fracaso, la incapacidad de reparar, hacen que el analista reaccione con ansiedad. No hablo aquí de ansiedad aguda, que resulta mucho más fácil de percibir y, por ende, de tratar de comprender, sino de una suerte de ansiedad difusa que se expresa como "una presión que impulsa a tratar de aliviar el dolor". Esto podría explicar la duración a veces excesiva del tratamiento, cuando el mismo analista, con otros pacientes, lo habría completado o interrumpido, o bien sugerido un cambio de terapeuta, utilizando un criterio mucho más lúcido. Experimenta el dolor y la dificultad habituales, pero sin la agonía de sentir que "debe seguir adelante" o que es imposible abandonar al paciente.

He observado el mismo tipo de respuesta en distintos analistas con personalidades y orientaciones teóricas muy diversas.

En relación con este tipo de problema y, en particular, en el tratamiento del señor K., a menudo me pregunté si la dificultad era específica de la configuración mental del paciente, o si se debía a algo común a los analistas que tratan a estos pacientes. No creo que pueda responder a este interrogante de manera precisa. Mis observaciones me llevan a pensar que las reacciones del analista se deben sobre todo a los problemas específicos de estos pacientes, sobre todo a su uso de la identificación proyectiva. Pero también me inclino a sospechar, aunque por el momento no cuento con suficientes pruebas para fundamentar mi sospecha, que puede haber un factor común a los terapeutas, reacciones quizá relacionadas con sus modos personales de tratar las ansiedades depresivas.

En relación con la psicopatología de la "expiación", considero que he proporcionado suficientes detalles al comienzo del trabajo. Para no repetir lo ya dicho, sólo quisiera destacar un aspecto al que creo que no he dedicado suficiente atención. Me refería a la defensa expiatoria como una organización perversa o incluso como una perversión. Mencione el uso frecuente de las manifestaciones erotizadas y excitadas en la relación analítica.

Lo que no mencioné es mi creencia de que lo que se sexualiza es el "dolor" mismo. No me refiero al sufrimiento, que creo que puede deducirse con mayor facilidad de la conducta expiatoria y es un rasgo común en la patología masoquista. Lo que

quisiera destacar es que se sexualiza la percepción del dolor. Existe el terror de algo horrendo, pero ese algo cuando ocurre es excitante y sirve para facilitar una expresión generalizada de la erotización. ¿Cómo sucede esto? No creo estar aún en condiciones de ofrecer una respuesta sin repetir algunos lugares comunes que en realidad nada explican. Sólo puedo decir que, de acuerdo con mi observación, sucede y sería interesante averiguar por qué tiene lugar durante la sesión y también en el desarrollo histórico.

En la descripción del análisis del señor K. y de los problemas que surgieron en él, incluí muchos ejemplos de reacciones, sentimientos o *acting out* contratransferenciales. Al explicar las dificultades vinculadas con la terminación de ese análisis, me explayé con respecto a algunas respuestas contratransferenciales específicas. Quiero concluir el tema de la contratransferencia en este trabajo mencionando lo que entiendo que fue mi obstáculo más serio en la percepción, esto es, no la conducta sadomasoquista del señor K., sino el hecho que acabo de mencionar, a saber, la gratificación sexual obtenida a través del dolor. Cuando finalmente la percibí, mi primera reacción fue una mezcla de desaliento y rechazo. Un colega de otro país cuyo trabajo controlé en el tratamiento de un paciente muy similar al mío, experimentó idénticas dificultades y reacciones. Me pregunto si esto podría expresar esa distorsión en la relación con el objeto, si el predominio de los impulsos destructivos (sean reactivos o primarios) es tan intenso que al analista le resulta casi imposible digerirlo.

Comprendo que estos últimos comentarios no están suficientemente ilustrados en el material presentado. No obstante, decidí mencionarlos puesto que resulta muy difícil describirlos en un relato de las sesiones y que, en mi opinión, si bien son de naturaleza especulativa, merecen toda nuestra atención.

Para concluir mi exposición quiero hacer una breve referencia a mi técnica. Como se observó, la conducta del paciente en el consultorio era casi siempre bizarra, por decir poco. Aún así, considero que lo que sucedía configuraba un análisis clásico, en la medida en que mi método no se apartaba de la técnica analítica corriente. El paciente se comportaba como lo hacían algunos psicóticos y niños que he tratado. Siempre tomé su conducta como una comunicación analítica que intenté

comprender e interpretar dentro del marco de la relación transferencial. Mis interpretaciones, cuando podía hacerlas, estaban basadas en lo que a mi opinión era la ansiedad predominante. Nunca interpreté los contenidos simbólicos, sino que formulé mis interpretaciones de modo de referirlas a lo que consideraba expresiones preconscientes de sus defensas, así como de contenidos que, según confiaba, me permitirían comprender las explicaciones genéticas.

Como cabe imaginar, la idea de introducir lo que Eissler llama parámetros (1953) se me ocurrió en varias oportunidades. Llegué a la conclusión de que ello sólo serviría para evitar lo que me resultaba más difícil de tolerar. Al reflexionar sobre la posible reacción del paciente frente al uso de parámetros, me convencí de que no sólo no servirían de ayuda, sino que podían ser nocivos, ya que existía la posibilidad de que lo llevaran a percibir mi conducta como una prueba de que había quedado analíticamente destruida. También pensé que podría aumentar su ansiedad así como sus sentimientos de triunfo.

De hecho, estoy convencida de que las intervenciones extra analíticas carecen de utilidad en cualquier caso. En un análisis, si existe alguna oportunidad de ayudar a un paciente, esa oportunidad sólo se aprovecha analizándolo.

En cuanto a la posibilidad de brindar ayuda a los pacientes con una conducta expiatoria, no puedo dar una respuesta clara. Sobre la base de mi limitada experiencia, considero que se obtienen mejores resultados con los pacientes cuya organización expiatoria no es tan pétrea que impide continuar con el análisis y al mismo tiempo hace sentir al analista que tampoco es posible ponerle fin.

## Resumen

*Este trabajo examina un tipo específico de defensa analítica que no sólo lleva al estancamiento del análisis sino también hace difícil terminarlo.*

*Tal situación se debe al predominio en las defensas del paciente de lo que llamo "expiación", esto es, un continuo castigo del self y de los objetos internos en lugar de reparación. Al paciente le resulta esencial asegurar la inmovilización del analista y de la labor analítica.*

*Esta constelación defensiva tiende a proteger al paciente del dolor derivado de la culpa que se experimenta al tomar conciencia de que su objeto bueno y amado es el mismo que odia y ha atacado.*

*Se distinguen dichas defensas de la reacción terapéutica negativa así como de otros problemas en psicoanálisis y se presenta un caso clínico para ilustrar esta tesis. Asimismo, se examina esta psicopatología y los problemas que plantea, prestando particular atención a la contratransferencia.*

## Summary

*This paper studies a specific type of analytic defence that leads not only to the stagnation of the analysis but also makes it difficult to terminate the analysis.*

*This situation is due to the predominance in the patient's defences of what I call "expiation", i.e., continual punishment of the self and of internal objects, as contrasted with reparation. It is essential for the patient to maintain the immobilization of the analyst and of the analytic work.*

*This defensive constellation aims at protecting the patient from the pain that comes from the guilt brought from realization that his good and loved object is the same that he hates and has attacked.*

*This defence is distinguished from Negative Therapeutic Reaction as well as from other problems in psychoanalysis. A case presentation is used to illustrate this thesis. There is also a discussion of this psychopathology and of the technical problems it poses, with particular attention to countertransference.*

## Résumé

*Dans ce travail on examine un type tout à fait particulier de défense analytique produisant tant l'entrave de l'analyse aussi bien que, dans certains cas, des difficultés pour le mener à bonne fin.*

*Cette situation est devenue telle à cause de la prédominance de ce que j'appelle "expiation" chez les défenses du patient, c'est à dire, l'élaboration d'une punition constante du Self et des objets internes, au lieu de la réparation. Ce qui est le plus important pour le patient est de réussir à rendre immobile l'analyste et donc, le travail analytique.*

*Cette constellation défensive tend à protéger le patient de la douleur*

qu'il ressent au moment de comprendre que son objet d'amour est celui qu'il hait et qu'il a attaqué.

De même, on fait une distinction entre ce type de défenses et la réaction thérapeutique négative et d'autres problèmes psychanalytiques et ensuite on présente un cas clinique pour illustrer cette thèse. En conclusion, on examine cette psychopathologie et les problèmes qu'elle pose, faisant attention au contre-transfert.

## Bibliografía

- BION, W.R., *Learning from Experience*. (1962). London, William Heinemann Medical Books Ltd.
- *Elements of Psycho-Analysis* (1963). London, William Heinemann Medical Books Ltd.
- EISSLER, K.R., (1953) The effect of the structure of the Ego on Psycho-Analytic Technique, *Journal of the American Psycho-Analytic Association* 1:4-145
- FREUD, S., Mourning and Melancholia (1917) *S.E.* 12:89-171.
- The Ego and The Id (1923) *S.E.* 10:3-59.
- The Economic Problem of Masochism (1924) *S.E.* 19:155-172.
- Analysis Terminable and Interminable (1957) *S.E.* 23:209-254.
- GLOVER, E., (1933) The Relation of Perversion Formation to The Development of Reality Sense. *International Journal of Psycho-Analysis* 14:486-504.
- JOSEPH, Metty. Towards the Experience of Psychic Pain Paper read to the *European Conference of English Speaking Analysis*, London, October 1976.
- KLEIN, Melanie. A contribution to the Manic-Depressive States in *Contribution to Psycho-Analysis* (1948) 311-388. The Hogarth Press and The Institute of Psycho-Analysis.
- Mourning and its Relation to Manic Depressive States (1940). In *Contributions to Psycho-Analysis*. (1940) 311-338. The Hogarth Press and The Institute of Psycho-Analysis.
- Notes on Some Schizoid Mechanisms (1946) In *Envy and Gratitude and Other Works (1975):1-24*, London, The Hogarth Press and The Institute of Psycho-Analysis.
- Envy and Gratitude (1957) In *Envy and Gratitude and Other Works: 176-235* London, The Hogarth Press and The Institute of Psycho-Analysis.

- RIVIERE, Joan (1936) A Contribution to The Analysis of The Negative Therapeutic Reaction. *International Journal of Psycho-Analysis* 17:304-320.
- SEGAL, Hannah (1962) The Curative Factors of Psycho-Analysis. *International Journal of Psycho-Analysis* 43:212-217.
- STRACHEY, James. The Nature of the Therapeutic Action of Psycho-Analysis. (1934) *International Journal of Psycho-Analysis*